Rok XXVI. Kraków, 19 Lutego 1887. Nr. 8.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Redakcyja: Ulica Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja: Ul. św. Filipa i ul. Krótka, dom narożny.

Ekspedycyja miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36

Cena ogłoszeń, które przyjmuja: *w Krakowie* Administracyja, a w *Paryżu* p. Adam, 4 Rue Clement, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement.

Rękopismy zwracaja się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 16 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

I. Z kliniki chirurgicznéj prof. Dra Mikulicza w Krakowie.

O resekcyi kiszki stolcowéj z powodu jéj wypadnięcia.

Podał

Dr. Czesław Górski,

operator w téjże klinice.

W trzecim tomie *Gazety Lekarskiéj* (r. 1883, Nr. 47, 48) prof. Mikulicz opisał przypadek wgłobienia i wypadnięcia jelita grubego przez kiszkę stolcową, w którym z powodu rozpoczynającéj się już zgorzeli wykonał z pomyślnym skutkiem typową resekcyję. W pracy téj prof. Mikulicz w obec braku ściśle określonego postępowania podaje wskazówki, kiedy należy przystąpić do wycięcia jelita a zarazem wskazuje, że ta operacyja jest pewniejszą i bezpieczniejszą od metody podanéj przez Weinlechnera, polegającéj na usunięciu wypadłego kawałka jelita za pomocą podwiązki elastycznéj.

Pomyślny ze wszech miar wynik pooperacyjny w powyższym przypadku zachęcił prof. Mikulicza do użycia téj metody również w przypadkach całkowitego wypadnięcia odbytnicy[1]), w których jużto z powodu niemożebnéj repozycyi, jużto skutkiem wielkiego wyniszczenia przez krwotoik lub z powodu innych dolegliwości wskazaną była operacyja radykalna.

O ile mi z literatury wiadomo, ogłoszonym jest w latach ostatnich tylko jeden przypadek Nicoladoniego (*Wien. med. Presse*, 1885, Nr. 26), w którym z powodu wypadnięcia odbytnicy wykonano resekcyję jelita. Z epoki przedantiseptycznéj znanych jest kilka przypadków, w których część jelita wypadniętą usunięto drogą operacyjną. I tak przytacza Günther (*Die Lehre von den blutigen Operationen. Operationen am Becken.* 1860, str. 54) cztery odnośne przypadki, które mieli wykonać Frank, Brite, Ricord-Vernois, Roussilhe, a z których trzy pomyślnie się zakończyły. Z podanego opisu zdaje się wynikać, że otrzewna w żadnym z tych przypadków nie została otwartą. Nadto Chassaignac kilkakrotnie usunął za pomocą odgniatacza nietylko części błony śluzowéj, ale i część wypadniętéj kiszki w całéj jéj grubości.

Obecnie podaję do wiadomości wyniki, które otrzymano w trzech operacyjach w klinice krakowskiéj, a równocześnie dołączam przypadek operowany w Wiedniu w klinice prof. Billrotha, otrzymawszy zezwolenie do jego ogłoszenia przez łaskawe pośrednictwo prof. Mikulicza.

1. Michał S., 5 lat liczący, z Tyńca, cierpiał od dwóch lat na biegunkę i w ciągu tego czasu matka często uważała, że z otworu stolcowego wypadała kiszka, ale po chwili znowu się cofała. W pierwszych dniach stycznia roku 1884 wypadł znaczniejszy kawał kiszki na zewnątrz i mimo różnych prób w celu odprowadzenia pozostał już stale zewnątrz otworu stolcowego. Od tego czasu chory podupadł bardzo znacznie na siłach, stracił apetyt, miał ciągłą biegunkę i leżał stale w łóżku w położeniu kolankowo-łokciowém. Po trzech tygodniach przyniesiono go do kliniki w dniu 28 stycznia w następującym stanie: chłopiec bardzo licho odżywiony; narządy klatki piersiowéj prawidłowe, brzuch miernie wzdęty, przy silniejszym ucisku nieco bolesny. Z otworu stolcowego zwisa ku dołowi ciało walcowate, ku przodowi i ku stronie prawéj nieco wypukłe, 11cm. długie, którego ściana zewnętrzna przechodzi bezpośrednio w brzegi otworu stolcowego. Na dolnym końcu obrzęku znajduje się otwór, do którego można wprowadzić mały palec. Błona śluzowa guza obrzękła, ciemnoczerwono zabarwiona, miejscami grubą warstwą śluzu pokryta, okazuje liczne wynaczynionki i w wielu miejscach brak przybłonka[1]).

[1]) Ze względu etyjologicznego, diagnostycznego i leczniczego musimy rozróżnić trzy stany chorobowe: 1) Wypadnięcie na zewnątrz kiszki stolcowéj bez objawów inkarceracyi. Cierpienie chroniczne znane pod nazwą *prolapsus recti.* 2) Wypadnięcie odbytnicy z inkarceracyją, występujące często nagle, zwłaszcza u dzieci. 3) Wgłobienie jelita grubego, z częściowém wypadnięciem przez otwór stolcowy.

[1]) Rycinę umieścimy w Nrze przyszłym. *Red.*

Rozpoznano wypadnięcie całkowite kiszki stolcowéj, a ponieważ wejrzenie części dolnéj przemawiało za znaczném zaburzeniem w krążeniu, zaniechano wszelkich prób w celu odprowadzenia i tegoż jeszcze dnia przystąpiono do wycięcia wypadniętéj części jelita. Po oczyszczeniu pola operacyjnego wśród narkozy chloroformowéj i ciągłéj irygacyi poprowadził prof. Mikulicz cięcie poziome, 3cm. długie, na przedniéj ścianie zewnętrznego jelita przez wszystkie jego warstwy, poczém okazała się powierzchnia surowicza kiszki wewnętrznéj. Następnie za pomocą szwu jedwabnego Lemberta zespoił górny brzeg kiszki zewnętrznéj z leżącą pod nim, a nie przeciętą jeszcze ścianą kiszki wewnętrznéj. Tak postępował zwolna do około, zapobiegając tym sposobem cofnięciu się kiszki wewnętrznéj ku górze, poczém tuż poniżéj linii szwów odciął kiszkę wewnętrzną a błony śluzowe obu ścian zespoił jeszcze jedwabnym szwem kuśnierskim. Pozostały kikut, 2cm. długi, dał się teraz wprowadzić z łatwością przez otwór stolcowy do wnętrza.

Przez pierwsze 10 dni po operacyi podawano choremu tylko pokarmy płynne, a dla powstrzymania wypróżnienia 2 do 5 kropli *Tra Opii*. Prócz tego wprowadzano czopki z *but. cacao*, jodoformu i makowca. Mimo tych środków rozwolnienie utrzymywało się przez cały tydzień. Chory przez 11 dni gorączkował; najwyższa ciepłota 39·4° była drugiego dnia po operacyi. Tętno w pierwszych dniach wahało się między 120 a 170. Śladów ogólnego zapalenia otrzewny nie było wcale; utrzymywało się tylko wzdęcie brzucha i mierna bolesność ponad esowatém zagięciem kiszki. W ciągu drugiego tygodnia ciepłota wróciła do stanu prawidłowego, rozwolnienie ustąpiło, a chory, znacznie lepiéj odżywiony, opuścił klinikę dnia 24 lutego jako wyleczony. Przy badaniu przez odbytnicę można było wyczuć w wysokości 2cm. ponad otworem odchodowym bliznę obrączkową, miękką, nieco tylko światło kiszki zwężającą, przez którą koniec palca da się przeprowadzić. Według wiadomości otrzymanéj przed kilku tygodniami od ojca, dziecko było zupełnie zdrowe przez 2 lata i nie miało żadnych dolegliwości przy oddawaniu kału, w maju atoli 1886 r. umarło skutkiem tyfusu panującego epidemicznie.

2. Perec Sch., 18 lat liczący, izraelita z Kamieńca Podolskiego. W dziecięctwie miał cierpieć na długotrwałe rozwolnienie, i już wtedy kiszka stolcowa wysuwała się nieco na zewnątrz. Od trzech lat cierpi chory na uporczywe zaparcie stolca i od téj pory wypada dolny odcinek kiszki przy każdém wypróżnieniu. Chory przy têm doznaje gwałtownych bólów, które również i przy chodzeniu występują. Od sześciu miesięcy dołączyły się krwotoki, które w ten sposób się pojawiają, że przez 8 do 14 dni bardzo wiele krwi traci, poczém przez dwa tygodnie krew wcale się nie pokazuje. Nadto użala się chory na ból w pachwinie lewéj, występujący przy chodzeniu a zwiększający się, jeżeli przez kilka dni nie było wypróżnienia.

Badając w klinice stwierdzono stan następujący: Mężczyzna wzrostu średniego, dobrze zbudowany, licho odżywiony; skóra cienka, blada, z odcieniem ziemistym, również mocno niedokrewne spojówki i błona śluzowa warg i dziąseł. Ciepłota ciała prawidłowa. W organach klatki piersiowéj nie ma zboczeń; rozmiary wątroby i śledziony prawidłowe. W kanale pachwinowym lewym *hernia incipiens*. Przy badaniu wzrokiem okolicy rzyci w stosunkach zwykłych, oprócz porozszerzanych splotów żylnych, nie znajduje się nic nieprawidłowego. Natomiast, skoro chory napiera, wypukla się dolna część odbytnicy tak, że z otworu stolcowego wystercza ku dołowi obrzęk kiełbasowaty, 14cm. długi, którego ścianę zewnętrzną stanowi błona śluzowa, rozpulchniona, sino-czerwono zabarwiona, miejscami powierzchownie owrzodziała i śluzem pokryta. Na dolnym końcu guza znajduje się światło kiszki. Aby odprowadzić napowrót część kiszki wypadłą, chory zajmuje położenie kolankowo-łokciowe, podnosi pośladki ku górze, i na przemian zwalnia i kurczy mięsień zwieracz rzyci. Chory przygnębiony swoim stanem, widząc, że wszystkie środki były dotąd bezskuteczne, zgodził się chętnie na operacyję.

Po wypróżnieniu przewodu pokarmowego przez środek przeczyszczający i lawatywy przystąpił prof. Mikulicz w dniu 24/3 1885 do odcięcia wypadającéj części odbytnicy, a wykonał operacyję w sposób zupełnie taki, jak opisano w poprzedniéj historyi choroby. Wycięta część kiszki była 14cm. długa. I w tym przypadku otworzono jamę otrzewny.

Przebieg gojenia był zupełnie zadowalający; przez pierwszych ośm dni podawano tylko pokarmy płynne i dwa razy dziennie *Tra Opii*. Najwyższa ciepłota wieczorem drugiego dnia po operacyi wynosiła 38·4°, zresztą wahała się poniżéj 38°. Chory nie użalał się na żadne dolegliwości. 11 dnia po operacyi pierwszy stolec bez krwi i bez bólu, następnie codziennie wypróżnienie bez dolegliwości. W trzy tygodnie po operacyi chory uszczęśliwiony nad wyraz swoim stanem, otrzymawszy pasek na przepuklinę, wyjechał z Krakowa. Przy badaniu chorego przed wyjazdem ściana kiszki okazuje się zupełnie gładką, a dwa cm. powyżéj otworu odchodowego można wyczuć w miejscu zeszycia pierścień nieco twardawy, nie znacznie tylko światło kiszki zwężający, przez który swobodnie można przejść palcem ku górze. O obecnym stanie chorego nic można się było dowiedzieć, nie ulega jednak wątpliwości, że chory, dosyć inteligentny, któremu zalecono usilnie zgłosić się listownie w razie jakich dolegliwości, byłby to uczynił, gdyby tego zachodziła potrzeba.

3. Mojżesz G., 21 lat liczący, z Krzywczy. W 17ym roku życia przebył dur brzuszny. Odkąd tylko zapamięta przy każdym stolcu wysuwa się na zewnątrz dolna część odbytnicy, jednakże dopiero od dwóch lat cierpienie znacznie się pogorszyło, tak że chory doznaje wielkich dolegliwości przy oddawaniu kału, który jest zbity i często z krwią pomięszany.

Stan obecny: Mężczyzna wzrostu niskiego, miernie odżywiony. Narządy wewnętrzne nie przedstawiają żadnych zboczeń. Przy badaniu palcem kiszki odchodowéj można skonstatować znaczne zwiotczenie mięśnia zwieracza rzyci, to też już przy schylaniu się chorego występują na zewnątrz fałdy błony śluzowéj w postaci obrączki; jeżeli zaś działa silniéj tłocznia brzuszna, wysuwa się z otworu stolcowego dolny odcinek odbytnicy, 8cm. długi. Przekrwiona błona śluzowa okazuje na przedniéj powierzchni wyniosłości wielkości fasoli porozszerzane żyły; miejscami jest pozbawioną przybłonka, a ubytki te są pokryte drobną ziarniną.

Dnia 27/5 1886 po odpowiedniém przygotowaniu chorego wykonał prof. Mikulicz resekcyję. Przeprowadziwszy dwie silne pętle przez wypadniętą kiszkę, przeciął tuż przy rzyci poprzecznie przednią ścianę jelita zewnętrznego i założył szereg szwów węzełkowych z katgutu, przechodzących przez błonę surowiczą i mięsną obu kiszek, podobnie postąpił od strony tylnéj. Nakoniec brzegi obu błon śluzowych zeszyto szwem jedwabnym, poczém repozycyja dała się łatwo uskutecznić. Chory mocno po operacyi osłabiony, przyszedł wkrótce do siebie, a dalszy przebieg nic nie pozostawiał do

życzenia. 10/6 po podaniu olejku rącznikowego obfite wypróżnienie bez krwi i bez bólu. 17/6 opuścił klinikę wyleczony. Nie dawno otrzymałem od chorego zawiadomienie, że obecnie czuje się zdrowym, że kiszka odchodowa więcéj nie wypada i krew się nie pojawia. Na moją prośbę badał chorego w ostatnich tygodniach kol. Dr. Szalay w Przemyślu. Po nad zwieraczem rzyci zewnętrznym ku stronie lewéj znajduje się blizna twardawa, sznurkowata, poprzeczna około 2cm. długa. Światło kiszki jest tak obszerne, że palec wskazujący swobodnie może się poruszać. (Dok. nast.)

II. Z prywatnéj kliniki chirurgicznéj Dr. Rydygiera w Chełmnie n/W.

Nerwoból twarzy w obwodzie III gałęzi n. troistego; wycięcie całéj trzeciéj gałęzi n. troistego tuż przy otworze jajowatym sposobem Krönleina.

Podał
Solecki,
lek. prakt. i asystent.

O ile w dostępnéj mi literaturze odszukać mogłem, wykonano dotychczas dopiero trzy razy wycięcie III. gałęzi nerwu troistego. W dwóch przypadkach (Krönlein, Albert) użyto tego samego sposobu, w trzecim (Credé) odmiennego. Credé (*Dehnung und Durchschneidung des III Astes des N. trigeminus an der Schädelbasis. Verhandlungen der deutschen Gesellschaft für Chirurgie IX. Congress 1880*) użył w części sposobu, jaki podali Lücke-Lossen (zob. podręcznik Rydygiera str. 158 i nast.) do wycięcia II. gałęzi nerwu troistego. Poczynając pierwsze cięcie 2—3 cm. od środka zewnętrznego brzegu oczodołu prostopadle ku dołowi a kończąc je blisko trzeciego zęba trzonowego, rozdziela odrazu części miękkie i okostnę. Z górnego końca tego cięcia prowadzi drugie powyżéj kości licowéj poziomo, a przepiłowawszy kość licową w przodku i tyle opuszcza płat zawierający kość licową, mięsień żwacz i skórę na dół. Po wydobyciu tłuszczu kładzie tępy hak pomiędzy wyrostek kłykciowy (*proces. articularis*) żuchwy i wroniasty, a odciągając silnie żuchwę od górnéj szczęki odsuwa ją tym sposobem o 1 cm. od podstawy czaszki. Dalsze postępowanie Lückego zmienia Credé posuwając się pod okostną prosto ku środkowi podstawy czaszki a nie w kierunku szczęki górnéj. W głębokości 6 cm. dotarł do otworu jajowatego, odsłonił cały pień III gałęzi n. troistego i po naciągnięciu przeciął.

Krönlein (*Ueber eine Methode der Resection des II und III. Astes des N. trigeminus unmitelbar am Foramen rotundum und ovale. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie XX tom 6 zeszyt*) użył innego sposobu, chociaż i jego postępowanie przypomina dawniejsze sposoby i jest, jak sam przyznaje, wyborowém złożeniem poszczególnych części sposobów Lückego, Brauna, Lossena i Pancoasta. Sposób jego ma tę zaletę, jak się i w naszym przypadku okazało, że daje obszerniejsze miejsce niż inne do swobodnego operowania i odszukania w głębi bez wielkich trudności czy to II czy III gałęzi nerwu troistego. W naszym przypadku wycięliśmy tylko kawałek z pnia III gałęzi nerwu troistego, podczas gdy Krönlein z każdéj gałęzi wyciął po kawałku.

Rzadkość ogłoszonych dotychczas podobnych operacyj skłania nas do ogłoszenia naszego przypadku, têm więcéj, że tylko zbiorowo zebrane doświadczenie może dostatecznie rozstrzygnąć, który ze znanych sposobów zasługuje na pierwszeństwo.

Franciszek P., 55 lat mający, przybył do zakładu w połowie listopada 1886 roku, skarżąc się na silny ból po prawéj stronie twarzy. P. jako dziecko miewał przez pół roku napady zimnicy co trzeci dzień, tak samo w 15tym roku. Od młodości cierpiał prócz tego często na silny ból zębów, które przez wyrwanie po prawéj stronie zupełnie stracił. Obecne cierpienie zjawiło się pierwszy raz przed sześciu laty. Po wypiciu latem szklanki zimnego piwa dostał chory silnego rwania w prawym policzku. Ból szalał minutę, wrócił w godzinie do 10ciu razy i znikł, wracając po godzinie znowu w to samo miejsce. Wieczorem napady bólu nie były tak silne, w nocy zdaje się zupełnie ustawały, gdyż chory sypiał dobrze. Cierpienie to, pomimo nacierania i leczenia wewnętrznego salicylem, chininem, arszenikiem i tp., trwało bez przerwy 6 miesięcy, poczém znikło bez śladu. Po kilku miesiącach wróciło bez wszelkiéj przyczyny, ból szalał podobnie jak przedtêm. Powtarzało się to kilka razy, ostatnia przerwa trwała od października 1885 roku do kwietnia 1886. W ostatnim czasie napady zjawiały się częściéj po 15 do 20 razy na godzinę, dniem i nocą. Zauważył téż chory, że silne uciskanie dłonią prawéj kości jarzmowéj zmniejsza bóle, podczas gdy wszelkie poruszanie żuchwy czy to przy mowie czy przy jedzeniu natychmiast je wywołuje.

Badanie szczegółowe chorego nie wykazuje nic osobliwego. Chory średniego wzrostu, dość silnéj budowy ciała, płuca i serce ma zdrowe; mocz, stolec, tętno i ciepłota są prawidłowe; śledziona nie da się wyczuć i nie jest zwiększona. Podczas napadu nerwobólu nie widać ani zaczerwienienia, ani zauważyć nie można podwyższonéj ciepłoty odpowiednich części twarzy. Ucisk na nerwy twarzowe w miejscach dostępnych nie wywołuje żadnych objawów, czucie po obu stronach twarzy zupełnie równe; w szczękach po prawéj stronie zębów nie ma.

Ból według twierdzenia chorego wychodzi od prawego kąta ust i ciągnie się ku prawéj kości licowéj, gdzie jest jego główne siedlisko, czasami rozpromienia się jak błyskawica ku prawéj skroni, rzadko ku oczodołowi; łzawienie nigdy przy napadzie nie powstawało. Napad opisuje chory jak następuje: początkowo lekkie kłócie jakoby szpilką w prawym kącie ust, poczém nagle ból w całéj sile przebiega jak błyskawica do okolicy kości licowéj i tu szaleje; zwolna ustępuje jakiemuś głuchemu uczuciu, które czasem pozostaje aż do drugiego napadu. Napady zjawiają się, jak już wyżéj wymieniono, do 20 razy na godzinę dniem i nocą, nie pozwalając pacyjentowi swobodnie jeść, têm mniéj zaś spać, doprowadzają go do rozpaczy i czynią skłonnym do każdéj choćby najniebezpieczniejszéj operacyi.

Nie ulegało wątpliwości przy rozpoznaniu, że siedliskiem bólu jest w ogólności III. gałąź nerwu troistego. Droga zaś, którą ból przebiega, równa się największéj rozgałęzieniu n. policzkowego. N. policzkowy bowiem wychodząc z III gałęzi n. troistego na powierzchnię mięśnia skrzydlastego zewnętrznego przezeń lub pomiędzy nim a mięśniem skrzydlastym wewnętrznym bieży za ścięgnem mięśnia skroniowego ku kątowi ust. Dr. Holl podając nowy sposób wycięcia nerwu policzkowego opisuje objawy nerwobólu tegoż jak następuje: bóle odpowiedniego lica, a mianowicie objawiające się wewnątrz przy błonie śluzowéj jamy ustnéj, daléj bóle w kącie ust, w górnéj i dolnéj wardze ust, rozpromienianie ku oku i uchu; napady bolesne zjawiają się po kilkadziesiąt razy dziennie wywołane mianowicie przez żucie, mowę, przewiew i t. p.

Objawy te wszystkie po części spostrzegać można było u naszego chorego, który tylko na pytanie, czy bóle tkwią bliżéj

błony śluzowéj czy skóry, nie umiał dokładnie odpowiedzieć twierdząc, że przy napadzie w całym policzku go rwie i kłuje.

Dnia 24 listopada 1886 r. wykonał Dr. Rydygier wycięcie n. policzkowego sposobem Dra Holla. Wymacawszy palcem wyrostek wroniasty w okolicy, gdzie błona śluzowa górnéj szczęki przechodzi na szczękę dolną i tworzy niejako fałdę, zrobiono na zewnętrznéj stronie fałdy (ostrze noża zwrócone ku wyrostkowi) nacięcie na 4 cm. długie. Pod błoną śluzową znajdowała się średnia ilość tłuszczu, pod którym na ścięgnie mięśnia skroniowego leżał n. policzkowy. Wycięto z niego 2 cm. Silny ból przy pochwyceniu nerwu kleszczykami i następne badanie czucia (znieczulenie błony śluzowéj jamy ustnéj od prawego kąta ust do wyrostka wroniastego) przekonały nas, że rzeczywiście nerw wycięto. Operacyję wykonano bez uśpienia po napędzlowaniu błony śluzowéj kokainem; tak podczas jako i po operacyi nerwoból ani na chwilę nie ustał. Post nowiono odczekać skutków operacyi i zagojenia się rany.

Dnia 7 grudnia 1886 rana zupełnie zamknięta, co się tyczy nerwobólów ten sam stan co przed operacyją.

W skutek tego przystąpiono do wycięcia całéj III gałęzi nerwu troistego przy otworze jajowatym.

Operacyję wykonał Dr. Rydygier dnia 9. XII. 1886 według sposobu Krönleina, który ją dzieli na 6 po sobie następujących części:

Część pierwsza operacyi. Wycięcie płata skóry z podstawą pomiędzy skrawkiem ucha a zewnętrznym kątem oczodołu. Dolny brzeg tego cięcia sięga mniéj więcéj do linii, któraby łączyła nozdrze z łatką ucha odpowiedniéj strony twarzy. Płat ten skórny odłącza się ostrożnie od jego podścieliska (*fascia parotideo-masseterica*, *arcus zygomaticus*, *fascia temporalis*) aż do podstawy, unosi i przytrzymuje górą. Preparując uważnie można zawsze jak i w naszym przypadku oddzielić płat bez obrażenia nerwu twarzowego, tętnicy skroniowéj lub przewodu Stenoniana.

Druga część: odłączenie nożem powięzi skroniowéj (*fascia temporalis*) od górnego brzegu kości jarzmowéj, przepiłowanie téjże na zewnątrz tuż przy trzonie górnéj szczęki, i przecięcie kostnemi nożycami przy kości skroniowéj.

Odłożywszy następnie kość jarzmową z mięśniem żwaczem ku dołowi przystąpiono do

Trzeciéj części operacyi: do przecięcia dłutem wyrostka wroniastego, poczem odłożono go z mięśniem skroniowym ku górze.

Czwarta część: podwiązanie tętnicy szczękowéj wewnętrznéj. Nie przecięto jéj, jak Krönlein radzi, gdyż nie było tego potrzeby, lecz odciągnięto po podwiązaniu na bok. Poczem odłączono tępo przyczep mięśnia skrzydlastego zewnętrznego odkładając mięsień ten ku dołowi, posuwano się zwolna w głąb przy podstawie czaszki w kierunku wyrostka skrzydlastego (*proc. pterygoideus*), za którym leżała jak zwykle III gałąź nerwu troistego wychodząc z otworu jajowatego. Krwawienie splotu żył (*plexus venosus pterygoidus*) około mięśnia skrzydlastego nie na długo wstrzymało operacyję i ustało po ucisku samo. Tętnicy oponowéj średniéj (*arter. meningea media*) nie widziano nawet po wypreparowaniu nerwu i wycięciu tegoż na $^3/_4$ cm., nie było zatém powodu podwiązania jéj, jak radzi Krönlein.

Ostatnia część operacyi polega na zamknięciu rany wkładając według porządku odpowiednie części jak kartki książki jedne na drugie. Katgutowemi szwami przymocowano kość licową i wyrostek wroniasty w dawniejsze ich miejsce, do podstawy czaszki założono sączek a zeszywszy zewnętrzne brzegi rany i popruszywszy jodoformem, założono przeciwgnilny opatrunek na głowę, szyję i piersi.

Chory uśpiony podczas operacyi chloroformem zaczął się budzić przy zakładaniu szwów a przy opatrywaniu, będąc zupełnie przytomnym oświadczył, że bólów dawniejszych już nie ma.

Dnia 14. XII. 1886 szwy wyjęto, zewnętrzne brzegi rany dobrze się trzymają, z sączka odchodzi mało brudno białych ropnych wydzielin, tętno i ciepłota prawidłowe.

W dalszym ciągu przebieg pooperacyjny dobry, tętno i ciepłota zawsze prawidłowe, ropnych wydzielin coraz to mniéj. Ostatecznemu zagojeniu przeszkadzają wydzielające się od czasu do czasu obumarłe strzępki powięzi.

Dnia 31. I. 1887. gdy chory opuścił zakład, zewnętrznie prócz wąskiéj blizny widać było mały otwór krótkiéj przetoki po sączku, kość jarzmowa, wyrostek wroniasty nieruchome, niebolesne, w prawidłowém położeniu. Znieczulenie, które początkowo obejmowało wargi ust do połowy, okolicę kości licowéj, część skroni i połowę języka, zmniejszyło się, obecnie jest tylko w wielkości marki przy prawym kącie ust. Szczęki rozwiera chory na 1,5 cm.

Nerwoból od czasu operacyi raz tylko na sekundę wrócił, zresztą nigdy: nawet początkowe uczucie trętwienia w dawniéj zbolałych częściach zniknęło w ostatnich dniach.

Cel zatém główny operacyi osiągnięty, przyczém pacyent ani nieoszpecony pod względem kosmetycznym ani zanadto upośledzony pod względem ruchomości żuchwy. Otwieranie bowiem ust w czasie pobytu chorego widocznie się polepszało, można więc mieć nadzieję, że z czasem dojdzie do prawidłowych rozmiarów.

Utrudnione otwieranie ust w pierwszych tygodniach po operacyi zaniepokoiło chorego, a nam nasunęło myśl odmiennego, nowego sposobu operowania. Rzut oka na czaszkę przekonywa, że po wyłuszczeniu górnéj części wstępującego ramienia żuchwy, nawet już po wypiłowaniu wyrostka kłykciowego i wroniastego możnaby mieć dostateczny przystęp do podstawy czaszki i otworu jajowatego. Czy postępowanie takie nie byłoby trudniejszém i dla chorego niekorzystniejszém ze względu na możliwe obrażenie gruczołu przyusznego i przecięcie niektórych gałązek n. twarzowego, o tém dopiéro doświadczenie pouczyć może.

III. Z oddziału prym. Paszkowskiego w szpitalu św. Łazarza w Krakowie.

Przyczynek do kazuistyki duru brzusznego i powikłań.

(Urywek ze sprawozdania lekarskiego za r. 1884.)

Podał

Dr. Jan Kulczyński,
sekundaryjusz oddziału.

W obec niepodobieństwa przedstawienia w sprawozdaniu lekarskiem wszystkich działów chorób z uwagami co do przebiegu choroby, trudności rozpoznawczych i leczenia, a w obec konieczności przedstawienia w sprawozdaniu naukowem nietylko gołych cyfr statystycznych, które pouczają wtedy tylko, jeżeli się je indywidualizuje, sądzimy, że najstósowniej będzie w sprawozdaniach rocznych obok przedstawienia ruchu chorych i chorób każdorocznie podać pewien dział lub rodzaj choroby z uwagami, jakie się na-

stręczają śród przeglądania historyj chorób tego rodzaju a mianowicie śród porównywania przebiegu choroby z wynikami sekcyi tak, jak to za rok 1883 podano z oddziału chorób wewnętrznych *B* (Urywek ze sprawozdania za rok 1883). „Przyczynek do statystyki i kazuistyki nieżytu dróg oddechowych, jego następstw i powikłań, przez prymaryjusza Dra St. Paszkowskiego.“

Z roku 1884 rozbierzemy te przypadki duru brzusznego, które w tymże roku w oddziale chorób wewnętrznych *B* leczono. Z 32 przypadków duru brzusznego (20 mężczyzn, 12 kobiet) wyzdrowiało 25 (19 m. 6 k.), umarło 7 (1 m. 6 k.); co do wieku leczono między 10—20 rokiem 7 (M. 3 K. 4), między 20 a 30 rokiem 15 (M. 10 K. 5), między 30 a 40 rokiem 5, (M. 3 K. 2) między 40 a 50 3, (M. 3), a między 50 a 60 (2 M. K. 1). Trwanie choroby biorąc na uwagę tylko pobyt w szpitalu wynosiło przeciętnie u mężczyzn dni 24, u kobiet 23 dni. Z tych przypadków najdłużej pozostawał (69 dni) mężczyzna, u którego bardzo długo trwał stan ozdrowienia, najkróciej (1 dzień) kobieta, którą prawie konającą przywieziono do szpitala. Według zatrudnienia leczono wyrobników 11, służących 1, stróżów 3, pisarza 1, artystę dramatycznego 1, ślusarza 1, i 1 włóczęgę, wyrobnice 4, służących 6, bez zajęcia 2.

Przybytek i ubytek chorych na dur brzuszny w poszczególnych miesiącach i tygodniach wynika z następującego zestawienia:

Wcale nie było chorych z durem brzusznym w oddziale prym. Dra Paszkowskiego w r. 1885 u mężczyzn od 3 do 6 stycznia, od 14 do 19 marca, od 3 do 5 i od 7 do 9 czerwca, od 24 czerwca do 3 lipca, od 21 lipca do 22 sierpnia, od 7 do 27 października i od 16 do końca grudnia, więc razem przez 84 dni w roku. U kobiet od 1 do 20 stycznia, od 12 do 26 lutego, od 21 marca do 8 sierpnia, od 28 października do 5 grudnia i od 27 grudnia do końca roku, więc przez 164 dni. Po jednym chorym było u mężczyzn od 1 do 3, od 6 do 8 stycznia, od 26 stycznia do 1 lutego, od 7 do 8 i od 18 do 20 marca, od 25 kwietnia do 3 czerwca, od 5 do 7 i od 9 do 24 czerwca, od 3 do 21 lipca, od 22 do 29 sierpnia, od 1 września do 7 października, od 27 października do 7 listopada i od 5 do 17 grudnia, razem przez dni 195. Po jednej chorej od 20 stycznia do 12 lutego, od 26 lutego do 9 marca, od 10 do 11, od 12 do 13 marca, od 12 do 21 kwietnia, od 8 do 21 sierpnia, od 5 do 9, od 16 do 29 września, od 21 do 28 października, od 5 do 29 grudnia, a więc przez dni 105. Po dwóch tyfusowych chorych leżało w oddziale od 8 do 9, od 14 do 26 stycznia, od 1 do 7, od 8 do 10, od 12 do 18 i od 20 do 26 lutego, od 22 do do 28 marca, od 11 do 25 kwietnia, od 29 sierpnia do 1 września, od 7 listopada do 2 grudnia i od 4 do 5 grudnia (81 dni). Po dwie kobiety od 9 do 10, od 11 do 12 i od 13 do 29 marca, od 1 do 12 kwietnia, od 21 do 22 sierpnia, od 30 do 5 września, od 9 do 16 września, od 29 września do 21 października, a więc przez dni 66. Po 3 mężczyzn leczono w oddziale od 9 do 14 stycznia, od 10 do 12 lutego, od 28 marca do 11 kwietnia i od 2 do 4 grudnia, a więc przez dni 23. Po 3 kobiety leczono od 29 marca do 1 kwietnia, od 22 do 30 sierpnia, a więc przez dni 11.

Z tego mozolnego zestawienia dat można sobie wedle upodobania stworzyć linije krzywe, wyobrażające przybytek i ubytek chorych durowych w każdym miesiącu, tygodniu, a nawet dniu i każdorazowy obecny stan tych chorych w oddziale. Tablice opuszczamy dla względów typograficznych.

Z uwag, jakie się nasuwają przy przeglądaniu historyj chorób wypada nam przedewszystkiem zanotować przebieg gorączki. Ciepłota w 8 przypadkach przekraczała 40°C obniżając się o kilka dziesiętnych w godzinach porannych, w 2 przypadkach utrzymywała się stale przez cały czas choroby (zbaczając o 1 do 2 dziesiętnych nad 38°C): w pozostałych dochodziła od 39° do 39·5°. Wysypkę na skórze wśród przebiegu zauważono 10 razy, w 22 był brak tejże; tu dodać wypada, iż na 32 przypadków duru brzusznego było zaledwo w 10 przypadkach biegunka stała, w 18 p. ślad białka w moczu. Śledziona we wszystkich przypadkach była powiększona a w 24 p. macalna pod łukiem żebrowym.

Przebieg więc choroby w przypadkach zakończonych wyzdrowieniem, prócz jednego, gdzie okres rekonwalescencyi zbyt się przedłużał, był wcale łagodny. Jeżeli dodamy, że leczenie tyfusu w oddziale naszym polega tylko na postawieniu chorego w jak najlepszych higijenicznych i dyjetetycznych warunkach i wzmacnianiu sił (wino, koniak itd.), a że leków t. z. przeciwgorączkowych i przeciwdurowych wcale nie używaliśmy tak, że chory durowy ani ziarna chininu ani antipirynu itd. nie wyżył i ani jednej kąpieli zimnej nie wziął wśród całego przebiegu choroby, to dojdziemy do przekonania, że mieliśmy do czynienia z bardzo łagodną epidemiją duru, bo przecież nikt nie zechce twierdzić, że to t. z. obojętne leczenie miałoby wpłynąć korzystnie na przebieg choroby. Jesteśmy jak najmocniej przekonani i na innem miejscu jeszcze obszerniej to twierdzenie udowodnimy, że wszelka t. zwana antypyreza, na którą w ostatnich 15 latach tak bardzo się wysilano, jest zbyteczną w leczeniu duru, ale nie możemy powiedzieć, aby była wprost szkodliwą. Jedną i drugą „metodą“ te same wyniki osiągnąć można. W obec więc łagodnego przebiegu przypadków wyleczonych dziwnie w sprzeczności staje liczba pokaźna (7) przypadków śmiercią zakończonych, a więc blisko 22%. Skąd to pochodzi? Przejdziemy dokładnie przebieg choroby tych przypadków uwzględniając wszystkie niekorzystne wpływy i komplikacyje w przebiegu i nasilenie choroby w każdym poszczególnym przypadku, leczenie nawet, a wreszcie wyniki nekroskopijne, zanim z poglądu na to wszystko odpowiedzieć będziemy mogli na powyższe ważne pytanie.

1) Elżbieta N. lat 25 licząca, przyjęta do szpitala d. 20 stycznia. Chora od 1½ tygodnia; po wstępnym dreszczu gorączka, ból głowy i bezsenność przez cały czas choroby, który w domu przebyła. Badanie wykazało budowę dobrą, odżywienie liche, język czysty wilgotny; w płucach z przodu po obu stronach objawy suchego nieżytu, w pasze prawej i z tyłu po stronie prawej na całej przestrzeni, po lewej tylko w górnych częściach. Po lewej w pasze i z tyłu w dolnych częściach przytłumienie odgłosu wypukowego i cały wdech pokryty drobnemi równobańkowemi rzężeniami. Brzuch miernie wzdęty, nagromadzenie kału w kiszce ślepej; śledziona na 2 palce niżej łuku żebrowego macalna, miernie bolesna, o brzegu grubym i twardym. Ciepłota prawidłowa; mocz bez białka.

Zaraz na drugi dzień ciepłota doszła do 38°C i podnosiła się z każdym następnym o kilka dziesiętnych stopnia. Jedenastego dnia pobytu pojawiła się osutka na brzuchu i biegunka, a język stał się suchym. Rozpoznanie brzmiało: *Typhus abdominalis, emphysema pulmonum, bronchitis diffusa.* Leczenie: z powodu znacznego kaszlu zalecono z początku choroby środki uśmierzające a z powodu dawnego

obrzęku śledziony roztwór siarkanu chinowego w pół gramowej dawce rano i wieczór, bez wpływu na przebieg gorączki; z resztą podawano środki podniecające. Gorączka trwała przez cały czas pobytu w szpitalu dochodząc w pierwszym tygodniu do 39°C, w drugim tygodniu do 40°C, tuż przed śmiercią obniżyła się do 38°C. Tętno przez cały ciąg choroby nie przekraczało 108 uderzeń na minutę, a ku końcowi stawało się coraz miększe. Śledziona duża, twarda, macalna wśród przebiegu się nie powiększała. Rozwolnienie trwało do końca. Z komplikacyj zanotować trzeba znaczny nieżyt oskrzelowy dawny, nie na tle duru, i rozedmę płuc, a wśród przebiegu choroby wymioty jako objaw zadrażnienia otrzewny, które wystąpiły w 2-gim tygodniu choroby.

Chora umarła w 22 dniu pobytu w szpitalu a 32 dniu choroby wśród objawów niedomogi sercowej. W protokole sekcyjnym z zakładu anatomii patolog. czytamy tylko *Bronchitis diffusa, Emphysema pulmonum intercurrente typho abdominali.* Ponieważ chora przybyła wśród stanu bezgorączkowego (37°C) okazując objawy bardzo znacznego nieżytu oskrzelowego, a obrzęk śledziony dawny, przeto ta okoliczność razem z przebiegiem dalszym przemawia za tem, że objawy chorobowe, jakie chora okazywała 1½ tygodnia przed przybyciem do szpitala, odpowiadały okresowi zwiastunów, że chora umarła w 3 tygodniu duru, a momentem uspasabiającym do niepomyślnego zejścia był nieżyt oskrzelowy znacznego stopnia i rozedma płuc. (C. d. n.).

IV. Oceny i sprawozdania.

Chirurgija.

A. Jurasz (Heidelberg): **O sondowaniu jam czołowych.**

Kwestyja sondowania jam czołowych u osób żyjących w celu rozpoznawania i leczenia niektórych zmian patologicznych tej okolicy dawno już była podnoszoną; doświadczenia Schecka i Michela wykazywały niemożliwość wykonania tej operacyi u osoby żyjącej. J. już na 56 Zjeździe lekarzy i przyrodników we Freiburgu wykazał na podstawie doświadczeń, że rzecz się ma przeciwnie, że operacyja ta da się wykonać i że ma racyję bytu. Obecnie upewnił się w tej kwestyi i zużytkował ją w przypadkach patologicznych.

W przypadku dotyczącym 17-letniej dziewczyny cierpiącej wypływ ropny z nosa od ½ roku, dotkniętej powrotnemi napadami silnego bólu w czole w okresach ustawania ropotoku z nosa, zniósł najpierw za pomocą galwanokaustyki polipowate obrzęki obu muszli nosowych środkowych. Gdy następnie zastósowanie tuszów nosowych, wdmuchiwań kwasu borowego, leczenie napotne, podawanie jodku potasu zawiodły, wprowadził J. delikatną sondę metalową do prawego przewodu nosoczołowego a gdy po tym zabiegu wydobyła się dość znaczna ilość śluzu ropnego i chora doznała znacznej ulgi pod względem bólów, powtórzył ten zabieg kilkakrotnie; bóle znacznie zmiejszyły się i występowały tylko przemijająco. Przed ukończeniem leczenia chora opuściła Heidelberg.

Przypadek ten nie zapewnił jeszcze dostatecznie J., czy rzeczywiście sonda wkroczyła do jam czołowych; J. upewnił się dopiero o tém w przypadku raka okolicy czoła, drążącego do jam czołowych u 42-letniego mężczyzny. Wprowadził w tym przypadku sondę nie zdejmując opatrunku; po zdjęciu tegoż można było widzieć dokładnie sondę w otwartej jamie czołowej. Do jamy czołowej prawej udało się Juraszowi dopiero za 3cim zabiegiem wprowadzić sondę. Sondowanie jam czołowych zastósował następnie jeszcze u 12 chorych: w 5 przypadkach udało mu się wprowadzić sondę z łatwością, w 6 po pokonaniu pewnych trudności (dla krętego przebiegu kanału), w 10 nie udało mu się wcale zgłębić jamy czołowej. Sondowanie to zastósowywał tylko w przypadkach, gdzie ujście jamy czołowej było widoczném, wyłączył zaś przypadki powiklane nowotworami, znacznemi obrzękami muszli nosowych i zboczeniami przegrody nosowej. Do zgłębienia jam czołowych używał delikatnych guziczkowych metalowych sond długości od 11—15 cm. Trudności przy sondowaniu, pominąwszy wspomniane powikłania, mogą wyniknąć także ztąd, że otwór komunikacyjny nie jest utworem typowym i przedstawia rozmaitość pod względem umiejscowienia. Otwór ten leży najczęściej w przedniej części lejka na przednim końcu muszli nosowej środkowej. Jako punkt do oryjentowania się należy więc uważać przedni dziób muszli środkowej; pomiędzy tym ostatnim a leżącym tuż na zewnątrz *proc. uncinatus* znajduje się zagłębienie, do którego wprowadzona sonda wchodzi zazwyczaj do kanału noso-czołowego. Ujście czołowe kanału tego może być czasem podwójném lub potrójném, a kanał przebiegać może pod kątem lub nieco ukośnie; długość jego wynosić ma 12—16 mm., światło jest najszerszém u góry i u dołu, w środku bywa on przewężonym. Sondowanie dałoby się uskutecznić także zgłębnikami fiszbinowemi, których autor jednak nie użył. Wskazania do tych sondowań stanowić będą przedewszystkiém nieżyty jam czołowych z zatrzymaniem odpływu dla niedrożności przewodu nosoczołowego. Operacyję tę jako zabieg lżejszy przenieść należy nad punkcyję od strony nosa za pomocą troikaru lub trepanacyję kości czołowej, któremito ostatniemi zabiegami posługiwano się dotąd w podobnych cięższych przypadkach. *(Berl. klin. Woch.* 1887, Nr. 3). *Dr. Barącz.*

G. M. Humphry (Cambridge): **Jednostronny przerost dziąseł powikłany innemi nieprawidłowościami.**

Przypadek dotyczył 12-letniej dziewczynki. Dziąsło lewej połowy górnej szczęki przedstawiało znaczny przerost tak przed jak i za zębami; przerost ten sięgał aż do granicy błony śluzowej wargi z jednej strony i do granicy twardego i miękkiego podniebienia z drugiej. Na zewnątrz wyrostka zębowego stanowiło dziąsło znaczną płatowatą wyniosłość wystającą z pomiędzy warg; lico również było wzniesione. Zbitość tego obrzęku była taka sama, jak prawidłowych dziąseł, w przedniej części zaś nieco mniejszą, tak że przypominał on żylny *naevus.* Dziąsło szczęki dolnej lewej było nieco tylko grubszém niż po stronie prawej. Zęby i kości obu szczęk po obu stronach nie różniły się od siebie. Lewy migdałek i lewa strona podniebienia miękkiego były nieco większe niż po stronie prawej. Górna i dolna warga po stronie lewej wystawały i chora nie mogła warg przymknąć. Skóra lewego nozdrza również była przerosła, przez co przegroda nosa zbaczała ku stronie prawej. Włosy lewej strony głowy były grubsze i kręte, włosy w obu nozdrzach *(vibrissae)* były długie, rzęsy lewego oka znacznie dłuższe, powieka większą, włosy na brwiach lewych znacznie dłuższe i kręte. Małżowina uszna lewa była znacznie większą. Włosy czaszki rosły gęściej koło ucha lewego. Lico lewe było pełniejsze niż prawe, a brodawki języka po lewej stronie większe. Drugi palec u stopy lewej był zastąpiony tłuszczową naroślą i nie miał ostatniego członka ani paznogcia. Wielki palec u nogi prawej był podobnie zniekształtniony. Przy tém na stopach znajdowały się znaczne znamiona. Humphry wyko-

nał następującą operacyję w tym przypadku, usunął najpierw środkowy ząb sieczny górny piłką, cały lewy brzeg wyrostka zębowego i kawałek z podniebienia twardego po poprzedniém usunięciu kilku jeszcze zębów; również za pomocą łyżeczki Volkmanna usunął przerosłe dziąsło szczęki górnéj. Znaczny krwotok zatamował częściowo za pomocą podwiązek, częściowo za pomocą termokauteru. Rana szybko zagoiła się. Matka choréj ma również nieco grubszą wargę górną, zresztą nie ma żadnych nieprawidłowości. Nieprawidłowości szczęki górnéj dziecka zauważono już po urodzeniu i matka odnosi je do zapatrzenia się.

Badanie drobnowidowe utkania dziąseł wykazało bardzo zbite utkanie z tkanki łącznéj, o włóknach przebiegających w różnych kierunkach; warstwy powierzchowne były nieco unaczynione i przedstawiały znaczniejszą ilość jąder, warstwy głębsze były prawie bez naczyń. H. przytacza pokrótce historyje chorób znanych sobie jeszcze z literatury 10 podobnych przypadków. Humphrego przypadek jest 11tym z rzędu znanym. 9 z tych 11tu przypadków dotyczyło płci żeńskiéj. Choroba ta ma nieco podobieństwa do *epulis*, różni się jednak od ostatniego cierpienia powolnym przebiegiem (od urodzenia) i têm, że występuje w formie rozlanéj; nadto i inne zboczenia organizmu towarzyszą chorobie. *(Original memoir. Annals of Surgery.* January 1886, pag. 1—8).

Dr. Bającz.

Okulistyka.

Bobone: **O leczeniu chirurgicznêm choroby Basedowa.**

Odkąd Vostolini wykazał związek zachodzący między uklejami jamy nosowéj a napadami duszności, zwrócono uwagę na liczne zjawiska chorobowe będące bezpośredniém następstwem cierpień jamy nosowéj. Hack z Friburga wykazał związek istniejący między cierpieniami jamy nosowéj a różnemi neurozami. Ten sam autor ogłosił przypadek choroby Basedowa u młodéj dziewczyny, dotkniętéj równocześnie przerostem błony śluzowéj średniéj i dolnéj muszli nosowéj. Przyżeganie nozdrza prawego usunęło wysadzenie prawéj a lewego lewéj gałki ocznéj. Po licznych dalszych przyżegnięciach ustąpiły stopniowo objawy sercowe a zmniejszyła się objętość gruczołu tarczykowatego. Autor sądzi, że przewlekłe cierpienie jamy nosowéj podtrzymuje stałe zadrażnienie kończyn nerwu współczulnego w błonie śluzowéj nosa, że należy więc w każdym przypadku choroby Basedowa zbadać nos i leczyć zmiany chorobowe tamże znalezione. Przypadek Hacka nie jest jedyny, gdyż B. spostrzegał w klinice ruchoméj Dra Chiarego w Wiedniu dziewczynę 18-letnią dotkniętą chorobą Basedowa, leczoną najrozmaitszemi środkami bezskutecznie a cierpiącą przerostowe zapalenie nozdrzy. Po kilku przyżegnięciach muszli górnéj uskutecznionych zapomocą noża galwanokaustycznego stwierdzono znaczne polepszenie wszystkich objawów choroby Basedowa. *(Annales d'Oculistique* listopad — grudzień 1886). *Rydel.*

Nettleship: **Zapalenie współczulne.** (Sprawozdanie Komisyi wyznaczonéj z Tow. okul. połączonych królestw do zbadania tego cierpienia).

Sprawozdanie opiera się na 300 przypadkach i kończy się następującemi wnioskami. Wyłuszczenie oka wykonane zaraz po wystąpieniu zapalenia współczulnego nie wywiera, jak się zdaje, wyraźnego skutku na jego przebieg a z pewnością nie pogarsza położenia. Porównywając szereg przypadków, w których wykonano wyłuszczenie zaraz po pojawieniu się pierwszych oznak zapalenia współczulnego z równie licznym szeregiem przypadków nieoperowanych, przychodzi się do przekonania, że w ostatnim szeregu utrata wzroku następuje znacznie częściéj, należy jednak uwzględnić, że w pierwszym szeregu były przypadki lżejsze. Działanie lecznicze rtęci jest bardzo małe; z 50 przypadków uzdrowionych zupełnie leczono rtęcią 25. Irydektomija wykonana na oku współczulnie choréin w początkach cierpienia miewa skutek mniéj niepomyślny aniżeli powszechnie sądzą. Cierpienie współczulne wywołane przez oko niedotknięte raną przenikającą jest bardzo rzadkie. W 12 przypadkach przeciąg czasu, jaki upłynął między urazem a wystąpieniem objawów cierpienia współczulnego, wynosił rok i więcéj, w 18 zaś miesiąc lub mniéj. Najdłuższy przeciąg czasu między urazem a zapaleniem współczulném wynosił 20 lat, najkrótszy 9 dni. Ślepota wydarza się nierównie częściéj w tych przypadkach, w których przeciąg był długi. W 30 przypadkach zapalenie współczulne wystąpiło po wyłuszczeniu oka pierwotnie chorego, a w 5 z nich dopiero w 4 do 8 tygodni po operacyi; we wszystkich tych przypadkach oko wywołujące zapalenie współczulne dotknięte było raną. Rokowanie było we wszystkich tych przypadkach znacznie pomyślniejsze niż w zwyczajnych, gdyż więcéj niż połowa ócz wyzdrowiała. Wspomnieć jeszcze należy o przypadkach wyjątkowych cierpienia współczulnego, występującego w kilka lat po operacyi i kilku innych, w których współczulne zapalenie tęczówki wystąpiło po wyłuszczeniu oka zranionego o jeden lub dwa dni pierwéj. Przypadki niepowikłanego współczulnego zapalenia nerwu wzrokowego różnią się bardzo pomiędzy sobą; nie są one prawdopodobnie wszystkie skutkiem téj saméj przyczyny i nie mogą posłużyć do wykazania, że sprawa współczulna szerzy się wzdłuż nerwów wzrokowych. Zupełnie takie same zapalenie tarczy n. wzr. napotyka się często w przypadkach samoistnego surowiczego zapalenia tęczówki, nawet wtedy, gdy chorem jest tylko jedno oko. *(Annal. d'oculist.* list. i grudzień 1886). *Rydel.*

Stein: **Zaćma wywołana przez tony.**

W dotychczasowych doświadczeniach wywołano zaćmę: 1) przez uraz 2) przez zmianę warunków fizycznych (obniżenie i podwyższenie ciepłoty), 3) przez odczynniki działające miejscowo na soczewkę (stężone roztwory soli kuchennéj i cukru), 4) przez wprowadzenie czynników chemicznych do krwi (wstrzykiwanie do krwi roztworów soli kuchennéj i cukru). Autor spostrzegał zaćmę wywołaną przez zadrażnienie nerwów strojnikiem. Świnki morskie, u których stwierdzono brak zaćmień soczewki spostrzeganych u młodych zwierząt, umieszczał S. w skrzynce a przekonawszy się po kilku dniach, że soczewki są wolne od zaćmień (a więc wykluczywszy możliwy wpływ powietrza dusznego) wprawiał w ruch strojnik elektryczny przytwierdzony do skrzynki i spostrzegał już po 12 do 48 godzinach pierwsze zaćmienie soczewki. Doświadczeń takich uskutecznił 18 a wszystkie z wynikiem dodatnim. Po wyłuszczeniu oczu wykazał jużto przodkową lub tylną zaćmę gwiazdkowatą, już też tylną zaćmę korową lub kombinacyje wszystkich tych postaci. Nie chcąc zapuszczać się w przypuszczenia autor stwierdza tylko fakta, które prawie wszyscy lekarze miasta Moskwy widzieli. *(Centralbl. f. Augenheilk.* Styczeń 1887). *Rydel.*

Położnictwo.

Fleischmann: **Otrucie sublimatowe z zejściem śmiertelnem po dwukrotnêm wstrzykiwaniu do pochwy.**

Do głosów odzywających się przeciw używaniu sublimatu na szersze rozmiary przybywa zdanie Dra F. W klinice Breiskiego w Pradze używano roztworu sublimatu do mycia

rąk, narzędzi, do obmywania części rodnych zewnętrznych w zgęszczeniu 1:200, do wstrzykiwań do pochwy zaś w stosunku 1:4000. Do wstrzykiwań śródmacicznych nigdy nie używano sublimatu. Nie używano go także wcale w przypadkach chorób nerkowych, u osób cierpiących nieżyt przewodu pokarmowego, w przypadkach znaczniejszéj niedokrewności i u osób z upośledzoném odżywianiem. Według tych zasad opatrywano 1620 rodzących i nie widziano żadnych złych następstw z użycia sublimatu. Dnia 28 sierpnia 1886 przepłukano po dwakroć pochwę osobie ciężarnéj przed i po badaniu przez uczennice. Do wstrzykiwania użyto około 2ch litrów roczynu sublimatu 1:2000. Przed badaniem okazał się krwawy śluz z części rodnych. Ciężarna ta cierpiała na rozwolnienie stolca. Niebawem wystąpiły bóle w brzuchu, wymioty żółciowe i gorączka. Na drugi dzień poród, a 8go dnia zejście śmiertelne śród wybitnych objawów otrucia sublimatem, co też i dokonane oględziny pośmiertne w zupełności potwierdziły. Autor sądzi, że z roczynu wstrzykiwanego bardzo niewiele tylko mogło się w przewodzie rodnym zatrzymać, tém więcéj, że chora zaraz po badaniu i wstrzykiwaniu z łóżka powstała. Natomiast twierdzi, że musiał się płyn wstrzykiwany dostać do jamy macicy, gdyż szybko po wstrzykiwaniu wystąpiły groźne objawy a nadto musiały być i drobne naddarcia błony śluzowéj, jak tego krwawy śluz dowodził, które dostanie się sublimatu do krwi ułatwiły. Skutkiem tego F. wypowiada zdanie: że nie będzie więcéj używał sublimatu do wstrzykiwań ani do pochwy ani do macicy podczas lub po porodzie. W miejsce tegoż zaleca używanie roczynu kwasu karbolowego. Do oczyszczania i odrażania zaś części rodnych zewnętrznych, narzędzi, rąk badającego a względnie operatora uważa sublimat jako najpewniejszy i najlepszy środek przeciwgnilny. (*Centralblatt f. Gynäkologie*, 1886, Nr. 47). *Dr. Mars.*

Henry Coe (New York): **Czy choroby jajników i jajowodów są częstemi?**

Autor w swéj pracy przychodzi do wyników, które streszcza w następujących punktach:

1. Choroby jajników nie są tak częste, jak to bywa przedstawianém, o co obwinia chirurgów, a nie anatomów patologicznych.

2. Ze zmiany chorobowéj w części jajnika nie wypływa jeszcze, że jego działalność jest istotnie naruszoną i że usunięcie jego jest koniecznie wskazane.

3. Że wyrażenia „*cirrhosis*“ lub „torbielowate zwyrodnienie“, tak często używane, są złemi oznaczeniami, za często używanemi do usprawiedliwienia nieuzasadnionéj operacyi.

4. Ostre sprawy zapalne jajowodów są rzadsze, niż to podają. Nieznaczne zmiany nieżytowe anatom widzi rzadko, chirurg tém rzadziéj.

5. Wiele objawów, które przypisują chorobom jajników i jajowodów, należy odnieść do sprawy zapalnéj na otrzewnie i takowe przez wycięcie jajników i jajowodów nie bywają usunięte.

6. Fizyjologija jajników i jajowodów nie zupełnie nam jest jeszcze znana, zatém i kwestyja leczenia zboczeń tychże nie jest rozstrzygniętą. Operacyje, mające na celu usunięcie tychże, należy uważać za bardzo empiryczne.

7. Zapał, jaki panuje w Ameryce (i w innych okolicach, Ref. *C. f. G.*) do operacyi Taita, nie będzie trwałym, gdyż niewątpliwie niedługo przyjdzie się do przekonania, że liczba uzdrowień rzeczywistych nie stoi w stosunku odpowiednim do liczby operacyj. (*Centralbl. f. Gynäkologie*, 1887, Nr. 1). *Dr. Mars.*

Psychijatryja.

Vty Zjazd psychijatrów włoskich w Sienie.

Ze sprawozdania ze Zjazdu tego, odbytego we wrześniu 1886 r. a ogłoszonego w 3cim zeszycie XII tomu *Rivista sperimentale di medicina legale*, Reggio 1887, wyjmujemy rzecz o wykładach ważniejszych, tamże mianych:

I. Obłąkanie moralne. O tym stanie dosyć jeszcze zagadkowym, którego znajomość zawdzięczamy głównie Anglikowi Prichardowi od r. 1840, w którego istnienie dotąd atoli niektórzy psychijatrzy i lekarze sądowi nie wierzą (jak np. Neumann, Meynert, Liman), mówiło aż 4 psychijatrów:

1) A. Verga: Obłąkanie moralne może przedstawiać się w postaci obłąkania rozprawczego (*mania raisonnante*), ale nie każde obłąkanie rozprawcze jest obłąkaniem moralném; aby przypuścić takowe, należy poprzednio sprawdzić przewrotność popędów. Obłąkanie moralne najczęściéj jest wrodzoném; w przypadkach wyjątkowych jest ono nabytém, następowém po chorobach mózgu; czasem wreszcie zwiastowuje ono niedołęztwo porażenne. V. rozróżnia 2 rodzaje obłąkania moralnego. Albo chory dopuszcza się czynów bezprawnych nie rozpoznając ich i usprawiedliwiając wszystko, co czyni; jest to prawdziwy daltonizm moralny; albo człowiek co chwila dopuszcza się bezprawia, rozpoznając je jako takie. Niektórzy przypominają sobie jakby w zamroczeniu, co czynili, drudzy wcale sobie nie przypominają. Tych ostatnich Lombroso nazywa epileptykami psychicznymi. Przypadki te zdarzają się częściéj u mężczyzn i w klasie zamożniejszéj. — Aby uniknąć błędu i nie brać zbrodniarza za chorego, należy być ostrożnym w rozpoznawaniu i dla tego wypada uwzględnić następujące cechy rozpoznawcze: 1) Stosunki cielesne i moralne rodziców. 2) Obecność cech zwyrodnienia (niesymetryczność czaszki i twarzy, drgawki, drżenie nerwowe, ogólne upośledzenie czucia). 3) Niepoprawność człowieka i brak związku między przyczyną najbliższą a czynem bezprawym. Cierpiących obłąkanie moralne należy umieścić w zakładach przeznaczonych dla przestępców obłąkanych, gdzie należy ich pozostawić dopóty, dopóki nie ma dowodu poprawienia się ich stanu, jeżeli ono w ogóle jest możebne.

2) J. B. Verga na podstawie 6 przypadków obłąkania moralnego dowodzi, że padaczka dostarcza znacznego kontyngensu i pisze się na zdanie Lombrosiego, że istnieje ścisły związek pomiędzy obłąkaniem moralném, padaczką i wrodzoném usposobieniem zbrodniarskiém.

3) Brajon celem wykazania, że obłąkanie moralne nie zawsze polega na wrodzoném zwyrodnieniu umysłowém, jak to powszechnie przypuszczają, podaje historyję choroby młodzieńca 22-letniego, który aż do 17 roku życia był zupełnie zdrowym na umyśle; w tym czasie doznał napadu szaleństwa gwałtownego, trwającego przez 8 miesięcy; był on leczony w szpitalu w Wenecyi, po przejściu szału stał się spokojnym i posłusznym i nareszcie opuścił zakład jako uleczony. Zaledwie atoli powrócił na łono rodziny, zaczął dopuszczać się czynności, dowodzących utraty uczuć moralnych, i w następstwie takowych dostawał się już to do więzienia, już też do zakładu dla obłąkanych. Przypadek ten dowodzi, że i napad szału pozostawić może takie zmiany w ośrodkach nerwowych, iż powstaje stan całkiem podobny do obłąkania wrodzonego i który nazwać można obłąkaniem moralném następowém.

(Przypadek ten nie dowodzi jeszcze, aby młodzieniec, który w 17 roku życia zapada na szaleństwo a po przejściu

napadu okazuje objawy obłąkania moralnego, nie pozostawał pod wpływem zwyrodnienia wrodzonego i odziedziczonego. *Sprawozd.*)

4) Lombroso już od dawna przemawia za tożsamością, a przynajmniéj wielkiém powinowactwem między wrodzoném usposobieniem zbrodniarskiém, padaczką a obłąkaniem moralném. Opiera się to powinowactwo na cechach wspólnych fizycznych i umysłowych, jakiemi są: szczęki szerokie, małżowiny wystające, czucie przytępione, ruchliwość mięśniowa, rozwój przedwczesny ciała, krnąbrność i okrucieństwo itd. Uważa on usposobienie zbrodniarskie jako odmianę padaczki, jako stan epileptoidyczny. Pod względem antropologicznym zwraca uwagę na wspólność co do zboczeń czaszkowych, jak plagiocefalii, asymetryi twarzowéj, nierówności źrenic, wielkości głowy, przedwczesnego rozwoju popędu płciowego, daltonizmu, zmniejszonéj odporności w obec napojów wyskokowych, usposobienia smutnego, przewagi strony lewéj nad prawą itd. Również i co do etyjologii zachodzi powinowactwo, a przedewszystkiém co do wpływu urazów. Jedną z nielicznych cech rozróżniających zbrodniarza od epileptyka jest czoło małe u pierwszego, podczas gdy u epileptyków najczęściéj cechy téj nie ma.

(Ciąg dalszy nastąpi). *L. B.*

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne z dnia 15 grudnia 1886 r.

Przewodniczący kol. A. Rosner. Członków obecnych 37.

1. Odczytano zaproszenie na VI międzynarodowy Zjazd higijeniczno-demograficzny, który się odbędzie w Wiedniu w drugiéj połowie września. Pragnący wziąć udział winni wpisać swe nazwiska do załączonéj listy.

2. Odbyła się dyskusyja nad wykładem kol. Jaworskiego odłożona z poprzedniego posiedzenia, w któréj wzięli udział koll. Prus i Warschauer, kol. zaś Paszkowski wyraził uznanie dla pięknéj pracy kol. Jaworskiego, które, jak sądzi, podziela całe Tow. lek.

3. Kol. Prus złożył wyczerpujące sprawozdanie z dziełka Dra Krassowskiego „o istocie cholery azyjatyckiéj i pospolitém leczeniu takowéj“, które miał sobie powierzone do ocenienia zaznaczając obecny pogląd na tę chorobę i sposoby leczenia.

Dyskusyję odłożono do następnego posiedzenia.

Z porządku dziennego przystąpiono do wyboru urzędników Tow. na rok 1887. Prezesem Tow. wybrany został kol. Mikulicz. Wiceprezesem kol. Kopernicki. Sekretarzem dorocznym kol. Dobruchowski. Redaktorem Przeglądu Lek. redaktor dotychczasowy. Członkami komisyi redakcyjnéj koll. Oettinger, Madurowicz, Buszek i Cybulski. Delegatem Tow. w komisyi sanitarnéj miejskiéj kol. Paszkowski. Delegatami Tow. lek. krak. do Rady Zawiadowczéj Tow. lek. galicyjskich wybrani przez aklamacyję koll. Rieger i Krówczyński

Dr. Dobruchowski.

Posiedzenie z dnia 12 stycznia 1887 r.

Przewodniczący kol. A. Rosner. Członków obecnych 26.

1. Kol. Górski przedstawił dziewczynkę, ze szpitala św. Ludwika z wrodzoną wadą języka, szczęki dolnéj i palców.

2. Odczytano pismo p. Zeleńskiego z Grodkowic, w sprawie mleczarni, w którém tenże oświadcza, iż przyjmuje wszystkie podane sobie warunki i do takowych ściśle zastósować się przyrzeka. Co zaś do przesyłki mleka kwaśnego, to zaopatrzy się w butelki z nowowynalezionego szkła o wielkiéj wytrzymałości i hermetyczném zamknięciu i w takowych dostawę uskuteczniać będzie.

3. Przystąpiono do sprawozdań z czynności roku ubiegłego w następującym porządku: *a*) Ogólne zdanie sprawy z czynności Tow. przez sekretarza stałego kol. Kwaśnickiego; *b*) Sprawozdanie podskarbiego kol. Zarewicza ze stanu funduszów, któremu udzielono absolutoryjum; *c*) Sprawozdanie ze stanu biblijoteki przez kol. Murdzieńskiego; *d*) Sprawozdanie Komisyi przemysłowéj przez kol. Gluzińskiego. Przy tym punkcie kol. Korczyński uczynił wniosek, aby Tow. lek upoważniło Komisyję przemysłową do popierania Wystawy higijenicznéj warszawskiéj, a imieniem tegoż Tow. Kol. Domański wniósł, aby w Wystawie téj mogli wziąć udział i rękodzielnicy, wyrabiający przedmioty z medycyną mające związek, skoro wyroby zagraniczne na wystawę dopuszczone będą. Ponieważ zaś termin zgłaszania się wystawców naznaczono tylko do 1go marca, przeto uważa wniosek kol. Korczyńskiego za nagły i wnosi doraźne uchwalenie takowego. Przyjęto jednogłośnie. *e*) Kol. Paszkowski zdał sprawę z czynności delegata Tow. do Komisyi sanitarnéj miejskiéj. Kol. Sciborowski zwrócił uwagę, że sprawozdania komisyj Tow. i urzędników tegoż nie są od lat paru ogłaszane ku wiedzy szerszego koła czytelników, którychby interesować mogły. To téż kol. Domański wyraził życzenie, aby dawniejszym zwyczajem dodawać arkuszowe sprawozdania do jednego z numerów Przeglądu. Sprawę tę poruczono komitetowi Towarzystwa do zdania sprawy; *f*) Sprawozdanie Komisyi balneologicznéj przez przewodniczącego téjże kol. Sciborowskiego; *g*) Sprawozdanie z czynności Komisyi do Roczników Virchowa i Hirscha przez kol. Kopffa, któremu wyrażono podziękę za gorliwe zajmowanie się sprawami Komisyi; *h*) Sprawozdanie z rachunków Komisyi redakcyjnéj, przedłożone będzie na jedném z następnych posiedzeń. 3) Słowo pożegnalne ustępującego prezesa. 4) Słowo wstępne nowoobranego.

Dr. Dobruchowski.

VI. Higijena, Epidemijologija, Policyja lekarska.

Sprawozdanie o przebiegu chorób nagminnych w Galicyi w styczniu roku 1886.

Tyfus brzuszny rozszerza się daléj, w styczniu stwierdzono go w 27 powiatach w 57 miejscowościach, w grudniu 48). Z 1489 leczonych chorych (w grudniu 1007), wyzdrowiało 823 czyli 55·3%, umarło 130 czyli 8·9% (w grudniu 6·2), pozostało w leczeniu 536 chorych. Najwięcéj był tyfus rozszerzonym w powiecie rawskim, gdzie w 8 miejscowościach stwierdzono 249 chorych, z tych umarło 24, daléj w powiecie przemyślańskim w 7 miejscowościach 251 chorych, 40 zmarłych, w powiecie kamioneckim w 5 miejscowościach 140 chorych. 10 zmarłych, wreszcie w powiecie sanockim, w 4 miejscowościach 105 chorych, z tych zmarło 5.

Nierównie więcéj rozszerzył się tyfus plamisty. Gdy w grudniu 1886 stwierdzono w 19 miejscowościach 412 chorych na tyfus plamisty, w styczniu br. stwierdzono w 31 miejscowościach 828 chorych, z tych wyzdrowiało 371 czyli 44·8%, umarło 67 czyli 8·1% (w grudniu ozdrowiało 68·7%, umarło 6·8%), pozostało z końcem stycznia 390 chorych. Najwięcéj był tyfus rozszerzonym w powiecie samborskim, gdzie w 3 miejscowościach stwierdzono 118 chorych, daléj w powiecie buczackim w 2 gminach 107 chorych i w powiecie wadowickim w 2 gminach 92 chorych; w powiecie rawskim rozwinął się obok tyfusu brzusznego także i plamisty w 3 gminach, a w jednéj z nich umarło z 25 chorych 7 osób czyli 27%. W mieście Krakowie od listopada panuje tyfus plamisty, w styczniu zachorowało 10 osób, z tych umarło 2 osoby, źródłem, z którego rozszerzył się tyfus, były ogrzewalnie i noclegi.

Szkarłatynę stwierdzono w 63 miejscowościach w 30 powiatach i w mieście Krakowie. Leczono ogółem 1982 (w grudniu 2104, w listopadzie 1886 2539) chorych, z tych ozdrowiało 1127 czyli 56·9%, umarło 304 czyli 15·3%, pozostało z końcem stycznia 551 chorych w 29 miejscowościach, podczas gdy z końcem grudnia tylko 384 chorych w 20 gminach pozostało. Zdaje się przeto, iż mimo, że liczba leczonych w styczniu mniejszą była niż w grudniu, szkarlatyna ponownie rozszerzać się będzie. Najwięcéj rozszerzoną była szkarlatyna w powiecie złoczowskim, w którym w 7 miejscowościach stwierdzono 313 chorych, a z tych umarło 44 dzieci niżéj 10 lat; daléj w powiecie trembowelskim w 3 gminach 164 chorych, 32 przypadków

śmierci, wreszcie w powiecie czortkowskim w 5 miejscowościach 156 chorych, 31 zmarłych.

Ilość leczonych w styczniu chorych na dyfteryję była mniejszą wprawdzie, niż w grudniu (343 przeciw 515), lecz śmiertelność była w styczniu 32·7%, podczas gdy w grudniu tylko 25·2%, także pozostało z końcem stycznia więcéj chorych w leczeniu niż w grudniu (76 przeciw 31). W powiecie grodeckim pojawiła się dyfteryja w 4 gminach, a z 34 chorych umarło 17; największą ilość chorych stwierdzono w 2 gminach powiatu trembowelskiego, lecz śmiertelność tam niewielka, z 77 chorych umarło 17 dzieci; względnie do ludności najwięcéj chorych było w jednéj gminie powiatu krakowskiego, gdzie zachorowało 36 osób, to jest 17% ludności, umarło zaś 3·8% ludności.

Dysenteryja panowała w 7 gminach w 5 powiatach. Leczono 119 chorych, z tych wyzdrowiało 94 = 79%, umarło 8 czyli 6·7%, pozostało 17 chorych w 2 miejscowościach.

Odrę stwierdzono w 89 miejscowościach u 5271 chorych (w grudniu 7718), z tych wyzdrowiało 4031 czyli 76·5%, umarło 424 czyli 8%. Najwięcéj była odra rozszerzoną w powiecie przemyskim i jaworowskim, w pierwszym stwierdzono w 14 gminach 817 chorych, z tych umarło 80, w powiecie drugim było w 10 gminach 653 chorych, a 46 przypadków śmierci.

Krztusiec był w 25 miejscowościach w 14 powiatach powodem interwencyi urzędowéj. Z 2224 wykazanych chorych wyzdrowiało 969 czyli 43·6%, umarło 90 czyli 4%, pozostało z końcem stycznia 1165 chorych.

Ospę stwierdzono w 13 powiatach w 27 gminach. Z 412 chorych, wyzdrowiało 189 czyli 45·9%, szczepionych 74 czyli 17·9% nieszczepionych, umarło 10 czyli 2·4% szczepionych a 57 czyli 13·8% nieszczepionych, pozostało w leczeniu 49 szczepionych i 34 nieszczepionych. Najwięcéj chorych było w powiecie drohobyckim, w 6 miejscowościach 121 chorych, w powiecie sokalskim w 3ch gminach 86 chorych (śmiertelność 4%), w końcu w powiecie złoczowskim w 3 miejscowościach 40 chorych (śmiertelność 20%).

Lwów d. 14 lutego 1887. *Dr. Józef Merunowicz.*

W sprawie szczepień wścieklizny sposobem Pasteura. Na posiedzeniu Akademii lekarskiéj w Paryżu w dniu 11 stycznia w zastępstwie chorego Pasteura Dr Grancher zbijał zarzuty podniesione przez Prof. Dra Petera, z powodu jednego przypadku śmierci.

Dr. Grancher oświadcza, że obecnie sposób leczenia bywa zastosowywanym do stopnia niebezpieczeństwa i osobistéj wrażliwości, przez co niezawodnie uda się wyzyskać najlepiéj ochronę ze zmniejszeniem stopnia niebezpieczeństwa, a więc zmniejszy liczbę niepowodzeń. G. oświadcza, iż naukowa podstawa ochronnego szczepienia wścieklizny polega na możliwości ochronienia zwierząt od jadu wścieklizny przez szczepienie podskórne stopniowo coraz zaraźliwszego rdzenia kręgowego królików. Ochronę tę można wywołać i po podskórném wszczepieniu jadu wścieklizny, trudniéj się to udaje, gdy zarażenie jest blisko ośrodków nerwowych. Pasteur stosuje zatém silniejszą lub słabszą metodę stosownie do przypadku. Od 15 sierpnia do 1 listopada 1886 leczono w zakładzie Pasteura 36 osób metodą silniejszą, wszystkie żyją, choć u 11 upłynęło od chwili pokąsania więcéj niż 5½ miesiąca, u 12 więcéj niż 3, u 13 zaś więcéj niż 2½ miesiąca. Brouardel podaje w *Dictionnaire encyclopedique* śmiertelność po ranach na twarzy obliczoną z lat 10 (1862—1872) na 88% gdy z osób 36 przez Pasteura szczepionych ani jedna nie umarła. Do 1 stycznia 1877 szczepiono w zakładzie Pasteura 1956 osób, z których zmarło 14 a dodając dwóch późno szczepionych, oraz jednego, co do którego nie ma jeszcze pewności, 17 osób. Śmiertelność wynosi zatém mniéj niż 1%. Z innych miast, gdzie istnieją zakłady szczepienia także pomyślne dochodzą wiadomości.

W dyskusyi, która nastąpiła, Brouardel oparty na wyniku sekcyi przytacza, że zmarły, o którym na poprzedniém posiedzeniu mówił Peter, nie zmarł na wściekliznę. Brouardel popiera zapatrywania Pasteura, równie jak i Dujardin Beaumetz.

Peter zbija twierdzenia zwolenników Pasteura i wyraża zdanie, że pierwotnie przez Pasteura zalecane postępowanie było bezskuteczne, obecnie zaś używane wzmocnione jest niebezpieczne. Przytacza 3 przypadki. W pierwszym mimo wczesnéj silnéj inokulacyi w 132 dni po ukąszeniu, a w 130 po rozpoczęciu wstrzykiwań, wybuchła wścieklizna. Peter mniema, że trudno w ogóle wywiedzieć się o śmierci szczepionych, bo śmierć ta zwykle bywa tajoną częścią ze względów ludzkości a częścią z niedocieczonych. W drugim przypadku istniała forma mięszana wścieklizny psiéj z wścieklizną szczepienną, którą Peter nazywa *„rage canino-pasteurienne“*: 15 dnia po ukończeniu szczepień pojawiły się bóle w bliźnie a późniéj w miejscach szczepienia; najpierw pojawiły się objawy wścieklizny Pasteura, a potém właściwéj wścieklizny. Przypadek ten, zdaniem Petera, dowodzi bezskuteczności metody i współdziałania obu rodzai jadu.

W trzecim przypadku 42-letni mężczyzna pokąsany przez psa, mimo że poddał się szczepieniu, zmarł na wściekliznę, a mianowicie na jéj postać porażenną, wyjątkową u ludzi, częstą natomiast u królików, chociaż weterynarz uznał, iż pies nie jest wściekłym. To że okres zwiastunów nie pojawił się w bliźnie po ukąszeniu, lecz w miejscach szczepienia, że późniéj nastało porażenie, oślepnięcie (gdy przeciwnie we właściwéj wściekliźnie wzrok bywa zaostrzony) wraz z brakiem wodowstrętu wybitnie wskazuje, że mamy tu do czynienia z najwybitniejszemi objawami jadu Pasteurowskiego. Oba jady mogą obok siebie wywierać swe działanie jak krowianka może istnieć obok wysypki ospowéj.

Trélat i Brouardel zarzucają Peterowi, że nie zbadawszy dokładnie rzeczy, wyprowadza fałszywe twierdzenia i rozprawy przedłuża. Dalsze rozprawy odroczono. (*Wien. med. Blätter* 1887 Nr. 3). *Dr. Grabowski.*

○ Komitet wykonawczy wystawy krajowéj ustanawiając komisyje celem urządzenia pojedynczych grup uchwalił poruczyć urządzenie grupy 26éj, obejmującéj przemysł w zakresie farmacyi, balneologii, higijeny, leczenia i pielęgnowania chorych osobnéj komisyi, w skład któréj wchodzą: jako przewodniczący prof. Dr. Korczyński, a jako członkowie Dr. Baraniecki, docenci Drowie Grabowski i Jordan, Dr. Lutostański i mag. farm. Mikolasch.

(K.) W wystawie higijenicznéj odbyć się mającéj w Warszawie w 1887 postanowił komitet administracyjny szpitala św. Łazarza w Krakowie na posiedzeniu w dniu 10 stycznia wziąć udział z następującemi przedmiotami, jak: 1) Historyja szpitala św. Łazarza i literatura, obejmująca wszystkie prace naukowe drukowane, bądź tego szpitala dotyczące, bądź z niego wyszłe. 2) Plan sytuacyjny całéj realności szpitala św. Łazarza z uwidocznieniem wentylacyi, kanalizacyi, wodociągów i urządzeń telegraficznych, tudzież telefonicznych. 3) Szczegółowe plany oddziałów szpitalnych z przedstawieniem powierzchni ścian i podłogi, tudzież objętości powietrza. 4) Przedstawienie wentylacyi i ogrzewania w planie szpitala Termometrograf. 5) Sprzęty szpitalne, łóżka i szafki. 6) Pościel, materace, kołdry. 7) Odzież dla chorych i rekonwalescentów. 8) Sale i stoły operacyjne w rysunkach. 9) Materyjały opatrunkowe: *a*) kupowane, *b*) wyrabiane w szpitalu. Sposób i koszt ich wyrabiania. 10) Kuchnia, pralnia, piekarnia i cały budynek ekonomiczny w rysunkach. 11) Żywienie chorych. Normy. Okazy żywności niepsujących się *in natura.* 12) Naczynia do potraw i do noszenia ich z kuchni, *in natura.* 13) Urządzenia pożarne szpitala w planie uwidocznione. 14) Urządzenia celem zabezpieczenia życia w przypadkach pozornéj śmierci, graficznie oznaczone. 15) Statystyka szpitalna i kartogramy do niéj się odnoszące. Buchalteryja. Budżety i zamknięcia roczne. Okazy wszystkich druków używanych w szpitalu. 16) Urządzenie sekcyj anatomiczno-patologicznych i rozbiorów chemicznych. 17) Urządzenia odnoszące się do usuwania kału i moczu ze sal dla chorych, *in natura.* 18) Urządzenia do kataplazmów, nosze i lektyki dla chorych, w rysunkach 19) Obliczenie ilości powietrza dla chorego w różnych oddziałach. Objętość sal. 20) Urządzenie służby lekarskiéj w szpitalu. Jéj instrukcyje. 21) Urządzenie i działanie komitetu administr. Instrukcyje służbowe. 22) Rozbiór chemiczny wody z gruntu szpitalnego. Przyrząd Dervaux w rysunkach dla zapobieżenia tworzenia się kamienia w kotle parowym. 23) Apteka szpitalna. Ruch, koszta. 24) Śmiertelność z ważniejszych i pospolitych chorób zakaźnych w szpitalu według ciśnienia barometrycznego i pór roku. Zarazem uchwalił Kom. adm. odnieść się do Wys. Wydziału krajowego z prośbą o asygnowanie na ten cel 250 złr. i o zachęcenie szpitali prowincyjonalnych, aby w miarę możności wzięły udział w Wystawie higijenicznéj warszawskiéj.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 30 stycznia do 5 lutego umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000

mieszkańców 32·7. Z dławca i błonicy umarło 3 (2 z. t.); z duru brzusznego 0 (1 z. t.); z duru osutkowego 1 (1 z. t.); z gruźlicy 11 (5 z. t.); z zapalenia płuc 13 (8). Doniesiono w tymże czasie o 2 przypadkach płonicy, 1 duru brzusznego, 1 duru osutkowego i 1 róży. W tygodniu od 23—29 stycznia umarło z ospy: w Warszawie 10, w Budapeszcie 26, w Wiedniu 1, w Pradze 6, w Rzymie 15, w Wenecyi 2, w Paryżu 7, w Petersburgu 15. Z duru osutkowego umarło: w Londynie i Petersburgu po 1. Z duru powrotnego umarło w Petersburgu 2. Z duru brzusznego umarło: w Petersburgu 18, w Hamburgu 16. w Paryżu 8, w Londynie 9. Z odry umarło we Wrocławiu 7, w Pradze 10, w Paryżu 38, w Londynie 54. Z płonicy umarło w Warszawie 6. w Budapeszcie 6, w Londynie 14, w Petersburgu 10. Z błonicy i dławca umarło w Berlinie 24. we Wrocławiu 7, w Dreźnie 8, w Hamburgu 11, w Budapeszcie 12, w Pradze 8, w Paryżu 19, w Londynie 38, w Kopenhadze 11, w Petersburgu 19, w Stokholmie 8. Z krztuśca umarło w Paryżu 16, w Londynie 31.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 23—29 stycznia umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 27,0; we Lwowie 33,7; w Brodach 25,4; w Drohobyczu 38,4; w Kołomyi 30,3; w Przemyślu 39,5; w Stanisławowie 22,8; w Tarnopolu 36,5; w Tarnowie 34,7; w Czerniowcach 38,4; w Wiedniu 29,6; w Salcburgu 23,4; w Gracu 24,0; w Tryjeście 40,6; w Insbruku 14,1; w Pradze 38,5; w Bernie 32,8; w Ołomuńcu 23,0; w Opawie 37,8; w Warszawie 26,4; w Poznaniu 34,6; w Berlinie 21,9; we Wrocławiu 28,7; w Gdańsku 31,2; w Dreźnie 19,6; w Hamburgu 27,6; w Kolonii 21,8; w Lipsku 21,4; w Mnichowie 26,2; w Strasburgu 28,2; w Amsterdamie 22,5; w Brukseli 29,5; w Budapeszcie 33,7; w Chrystyjanii 19,8; w Kopenhadze 23,1; w Londynie 19,6; w Odesie 30,8; w Paryżu 25,3; w Petersburgu 34,2; w Rzymie 26,5; w Stokholmie 22,9; w Wenecyi 29,3.

J. B.

* **Cholera** pojawiła się mimo mrozów w Osieku w Slawonii. Wysłany z Zagrzebia protomedyk chorwacki Dr. Kaliwoda sprawdził 17 przypadków choroby, z których umarło 7 osób w przeciągu pierwszych 24 godzin.

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 17 lutego. Na ostatniém posiedzeniu Wydziału lekarskiego ustanowiono komisyję mającą obmyśleć następcę po prof. Mikuliczu. Do komisyi téj prócz dziekana wchodzą proff. Madurowicz, Rydel, Korczyński i Mikulicz. Na téjże posiedzeniu na wniosek prof. Teichmanna asystenta dotychczasowego przy katedrze anatomii opisowéj p. Filimowskiego przedstawiono Wys. Ministerstwu do zatwierdzenia na rok następny.

* Z przyczyn od redakcyi niezależnych Spis rzeczy zawartych w 25 rocznikach Przeglądu Lek. jako dotąd nie ukończony nie mógł być jeszcze rozesłany. Otrzymają go jednak pp. prenumeratorowie z pewnością pod koniec marca r. b.

* Dawny nasz współpracownik, Dr. Maks. Gumplowicz, który lat parę bawił w Indyjach w służbie holenderskiéj, powrócił temi dniami do Wiednia. Zbiór swój muszli, ryb, wężów i motyli z wysp Molukków gotów jest ofiarować jednemu z gabinetów rodzinnego swego miasta i w tym celu zażądał naszéj interwencyi. Mamy także nadzieję, że niezadługo będziemy w stanie podać w tygodniku naszym notatki lekarskie wprawnego jego pióra, do Indyj odnoszące się.

* Dr. Prus, drugi asystent kliniki lekarskiéj, otrzymawszy stypendyjum radzcy stanu Szklarskiego wyjechał do Paryża na czas dłuższy.

* *W. med. Presse* donosi w ostatnim numerze, że słynny klinicysta Piotr Krukenberg w Hali d. 14 bm. obchodzi setne swoje urodziny i że z tego powodu grona lekarskie gotują owacyje dla jubilata. Zdaje nam się, że redakcyja uległa mistyfikacyi. My Krukenberga już dawno zaliczamy do nieżyjących, a *Biographisches Lexikon* podaje, że umarł z raka d. 13go grudnia 1865 r.

* **Wiedeń**. Stan prof. Arlta niestety coraz bardziéj się pogarsza. Siły nikną, a tętno waha się między 46—60.

* **Wiesbaden**. W dniach 13—16 kwietnia odbędzie się tu 6ty Zjazd dla medycyny wewnętrznéj pod przewodnictwem prof. Leydena.

* **Bukareszt**. Jenerał Cantilli, zabójca Dra Schapiry, postawiony został przed Sąd wojenny.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Lipsk**. Ponieważ Olshausen w Hali nie przyjął ofiarowanéj sobie katedry po Credém, zaproszono prof. Zweifla z Erlangi, który wezwaniu uczynił zadosyć. — **Lyon**. Na opróżnioną w skutek rezygnacyi prof. Chauveau katedrę anatomii patolog. proponowani zostali Arloing i Rodet.

* **Wiadomości osobowe**. Dr. Henryk Fraenkel, lekarz miejski w Jordanowie, otrzymał posadę stałego asystenta w klinice ocznéj Dra Wicherkiewicza w Poznaniu i posadę tę obejmuje z d. 1 kwietnia r. b.

* **Nekrologija**. W Warszawie umarł Dr. Antoni Antecki, lekarz szpitala Dzieciątka Jezus, po dłuższéj chorobie licząc lat 49. Urodzony w Krakowie, tu kończył wszystkie szkoły i tu w r. 1862 otrzymał dyplom doktorski.

Zagadkowa choroba prof. Schrödera i po sekcyi, uskutecznionéj przez Virchowa, nie została dostatecznie wyjaśnioną. Według *W. med. Woch.* znaleziono wielki ropień mózgowy, który przebił się do jamy bocznéj mózgu i wywołał silne zapalenie. W ropniu znajdowały się dobrze utrzymane ciałka ropy. które według Virchowa nie istniały nad rok jeden, a więc ropień nie może pozostawać w związku z chorobą, którą nieboszczyk przed kilku laty przebył. Nadto w śródpiersiu przy wnęce płucnéj znaleziono nowotwór szczególny, po większéj części przyrody łącznotkankowéj, w środku którego było nieco ropy, a który wspólniczył z gardzielem; podobnego obrzęku Virchow nigdy jeszcze nie widział. Płuca były zupełnie prawidłowe.

W Würzburgu umarł d. 9 bm. Dr. Alojzy Geigel, prof. pedyjatryi i higijeny. Urodzony w r. 1829, był asystentem Bambergera, w r. 1856 habilitował się a w r. 1863 mianowany został prof. nadzw., w r. 1870 zaś prof. zwyczajnym. Znane są głównie jego dzieła o kile i higijenie. — Z Paryża dochodzi wiadomość o śmierci fizyjologa Juliusza Béclarda, profesora i dziekana Wydziału lek. Syn słynnego anatoma urodził się w Paryżu 17 grudnia 1818 r. od r. 1872 był profesorem a od r. 1873 stałym sekretarzem Akademii lek. Znane są zasługi jego na polu fizyjologii, histologii i higijeny. — W Paryżu umarł Dr. Teofil Gallard, członek Akademii lek. i jeden z najbardziéj zawołanych lekarzy stolicy, zasłużony autor dzieła o chorobach kobiecych i znany higijenista i lekarz sądowy. — W Strasburgu Dr. Sarrazin, były profesor dawnego Wydziału lek. francuskiego.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Medycynie* Nr. 7: Ołtuszewskiego: Przyczynek do działania kw. mlecznego w gruźlicy krtani. — W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 7: Zaleskiego: Żelazo i hemoglobina w wołnym od krwi mięśniu; Szadka: Krótkie sprawozdanie z 70 przyp róży; Rejchmanna: O sokotoku żołądkowym (c. d.).

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę d. 23 bm. o godzinie 6éj wieczorem w sali Akademii Umiejętności posiedzenie zwyczajne, na którém po wyczerpaniu programu z posiedzenia ostatniego (dyskusyi nad wykładami Dra Prusa o cholerze i Dra Górskiego), prof. Obaliński mówić będzie o gorączce moczowéj.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

KONKURS.

Przy klinice chorób wewnętrznych Uniwersytetu Jagiellońskiego opróżnioną jest posada II asystenta.

Ubiegający się o tę posadę winni złożyć podania w kancelaryi Wydziału lekarskiego najdaléj do dnia 25 lutego b. r.

Kraków d. 14 lutego 1887.

Browicz,

Dziekan Wydziału lekarskiego.

KONKURS.

Wydział Rady powiatowéj w Sokalu rozpisuje niniejszém konkurs na posadę sekundaryjusza przy szpitalu powszechnym „Gizelli“ w Sokalu z płacą roczną z funduszu szpitalnego 300 złr. i dodatkiem 50 złr. z funduszu powiatowego.

Podania wnoszone być mają do 10 marca 1887 do Wydziału powiatowego w Sokalu z dołączeniem dyplomu doktora medycyny. Posada ta będzie nadaną na rok jeden prowizycznie a po upływie tego czasu nastąpi stabilizacyja.

W Sokalu dnia 9 Lutego 1887 r.

L. 6540.

KONKURS.

Niniejszém rozpisuje się konkurs celem obsadzenia posady lekarza ordynującego przy tutejszym szpitalu publicznym. Z tą posadą jest roczna pensyja w kwocie 500 złr. w. a, połączona. Kompetent ma być doktorem medycyny i chirurgii, lub też doktorem wszech nauk lekarskich, przy czém się nadmienia, że operator fachowy będzie miał pierwszeństwo przed innymi, musi mówić po polsku i po niemiecku i powinien mieszkać w Białéj. Nadmienia się jeszcze, że mianowanemu lekarzowi tegoż szpitala nie wolno będzie bez zezwolenia Rady gminnéj i Wysokiego Wydziału krajowego żadnéj innéj publicznéj służby przyjąć. Ubiegający się o tę posadę, mają swe należycie udokumentowane podania przy dołączeniu dowodów uzdolnienia naukowego, dotąd wykonywanéj praktyki w zawodzie lekarskim, gruntownéj znajomości języka polskiego i niemieckiego, daléj co do wieku i stosunków familijnych, najdaléj do ostatniego Lutego b. r. do podpisanéj Zwierzchności gminnéj przesłać.

Zwierzchność gminna

Biała, dnia 11-go Stycznia 1887 r. Burmistrz *Nahowski.*

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem Anatola Maryjana Kosterkiewicza.